FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1887-1888 N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNITE INGUINALE D'EMBLÉE

DANS LES PAYS CHAUDS

D'après des Observations recueillies sur le croiseur « l'Hamelin »

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1888

PAR

LOUIS-EMILE GUÉRIN

Né à Poitiers (Vienne), le 2 février 1859

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Examinateurs de la Thèse....

MM. MORACHE, professeur. *Président.*
De FLEURY, professeur
FERRÉ, agrégé ..... *Juges.*
POUSSON, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE BONNARD
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1888

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1887-1888 N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNITE INGUINALE D'EMBLÉE

DANS LES PAYS CHAUDS

D'après des Observations recueillies sur le croiseur « l'Hamelin »

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1888

PAR

LOUIS-MARIE-EMILE GUÉRIN

Né à Poitiers (Vienne), le 2 février 1859

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Examinateurs de la Thèse....

MM. MORACHE, professeur. — *Président.*
De FLEURY, professeur
FERRÉ, agrégé ..... — *Juges.*
POUSSON, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE BONNARD
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAVET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGES
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. PIÉCHAUD | Maladies mentales... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements ..... LEFOUR. | Chimie ..... CARLES.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans es Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA TANTE MATERNELLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Dr G. TREILLE

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, DIRECTEUR DES ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE

A M. le Dr L. MANSON

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le Dr A. BRÉDIAM

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR D'HYGIÈNE NAVALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BREST.

A M. le Dr G. FERRÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MAITRE DE CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A M. LE Dr RONDOT

PROFESSEUR ACRÉGÉ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A mon Président de Thèse

M. le Dr MORACHE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 18e CORPS D'ARMÉE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Pendant la période réglementaire d'embarquement que je fis, de juillet 1883 à juillet 1884, sur le croiseur l'*Hamelin*, dans la division navale du Tonkin, il m'a été donné d'observer plusieurs cas d'adénite inguinale, survenant chez plusieurs de nos hommes, sans cause apparente, localisée tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, une seule fois des deux côtés, à un ganglion superficiel au niveau du confluent des veines saphène interne et fémorale. Ces adénites frappèrent fortement mon attention. Soumis, à cette époque, aux hasards et aux surprises des errements de l'ancienne médecine navale, je n'entrevoyais guère le moment précis où je pourrais conquérir complètement mon diplôme de docteur en médecine. Je recueillis, néanmoins, à titre de curiosité médicale, les cas que j'avais sous les yeux : je complétais par les conseils

de mon médecin-major, M. le docteur Manson, les observations que mon inexpérience aurait rendues trop arides, et je les classais dans mes cartons, au fur et à mesure de la production de ces adénites. Je ne songeais pas alors à en faire le sujet de ma these inaugurale pensant que mon embarquement suivant me fournirait peut être un sujet plus intéressant.

Un heureux hasard me fit faire cet embarquement sur les côtes de France, où il m'était difficile même d'observer des malades.

Je pensais alors à ces adénites inguinales. Je n'étais cependant guère encouragé par les différents auteurs que je consultais. Dans l'un on niait absolument l'existence de l'adénite inguinale d'emblée, disant même que c'était « une hypothèse qui servait à masquer l'ignorance de la cause » . Dans les autres on doutait seulement mais en laissant croire à sa possibilité et on attendait l'apparition d'observations consciencieuses. « Quelques auteurs s'appuyant sur l'observation ri-
« goureuse des faits, disent MM. Jamain et Terrier, admet-
« tent l'existence d'adénites primitives d'emblée. »

Broca (Pierre-Jean-Benjamin), parle d'adénite d'emblée, mais sans insister, dans sa thèse pour le doctorat (Paris 1816), Le docteur A. Bertherand, médecin militaire, a fait, en 1852 un traité des adénites idiopathiques.

Les autres recherches bibliographiques auxquelles je me livrais ne me firent donc trouver rien de spécial se rattachant à la question qui m'occupait. Ni les Archives de médecine navale, ni celles de la médecine militaire ne font également mention de cette affection. Et pourtant un grand nombre de médecins de marine ont, à différentes reprises, observé des

cas semblables, mais en raison de leur peu de gravité, on n'en a pas pris bonne note.

Malgré la curiosité que ces cas m'inspiraient, malgré cette idée fixe à laquelle je revenais sans cesse, j'allais en abandonner l'étude lorsque M. le professeur Morache, à qui j'en parlais, voulut bien m'engager à poursuivre mon idée. Qu'il me permette de lui exprimer ici tous mes sentiments de vive reconnaissance pour la sollicitude qu'il m'a toujours montrée, les conseils qu'il m'a donnés, et, enfin, l'honneur qu'il m'a fait en acceptant avec tant de bienveillance la présidence de ma thèse.

M. le professeur agrégé Rondot, avec son obligeance habituelle, a eu l'amabilité de m'aider de ses conseils et de son savoir, et d'imprimer une bonne direction à mon travail; qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de ma vive gratitude et de mes plus sincères remerciements.

J'ose solliciter la bienveillance et l'indulgence du jury auquel je soumets ce modeste travail, en le priant de considérer que je n'ai voulu présenter ici que des curiosités de pathologie exotique, et signaler simplement une affection qui, pour être mieux traitée, demanderait une plume autorisée et une expérience qui me fait défaut.

Je croirais avoir rempli ma tâche, si j'ai pu apporter une petite pierre à l'édifice dont la construction a été commencée par mes aînés.

Je diviserai cette étude en 7 chapitres.

1. — La description et les observations des adénites inguinales que j'ai vues, et, à ce propos, un rapide coup d'œil sur l'anatomie de la région.

2. — Anatomie pathologique.
3. — Symptomatologie. Marche. Durée. Terminaison.
4. — Etiologie et diagnostic.
5. — Pronostic.
6. — Traitement.
7. — Conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ADÉNITE INGUINALE D'EMBLÉE

DANS LES PAYS CHAUDS

D'après des Observations recueillies sur le croiseur « l'Hamelin »

CHAPITRE PREMIER

A. **Description.** — B. **Observations.** — C. **Anatomie.**

A. — *Description.*

L'adénite dont l'étymologie vient du mot grec, ἀδήνη, qui signifie glande, est l'inflammation « de toute espèce de glandes, dit Velpeau. »

Les auteurs trouvent que ce mot ne répond pas complètement à sa véritable signification et lui préfèreraient d'autres termes qu'ils trouvent plus corrects : ganglionnies, adénopathies, lymphadénite, etc. Mais l'usage en a consacré le terme. Chacun sait, en effet, à quoi s'en tenir avec le terme adénite

et on n'emploie plus couramment d'autre mot pour désigner l'inflammation des ganglions lymphatiques.

On divise l'adénite en :

1° Adénite aiguë ;

2° Adénite chronique.

L'adénite qui nous occupe étant franchement aiguë nous laisserons de côté l'adénite chronique.

C'est une adénite limitée à un ganglion superficiel dans le pli de l'aine, débutant surtout par un ganglion au centre du paquet ganglionnaire, au niveau de l'embouchure de la veine saphène interne dans la veine fémorale. Elle a affecté le côté droit plus que le côté gauche : une seule fois, les deux côtés ont été pris. La suppuration s'est vite établie. Le décollement a presque été la règle. L'état général a été légèrement modifié par quelques mouvements fébriles augmentant le soir. Un peu d'embarras gastrique a été observé.

Après une durée de dix à cinquante jours, la guérison s'est toujours montrée. Il n'y a jamais eu récidive, et même, par la suite, les malades n'en ont pas été affectés davantage.

B. — *OBSERVATIONS*

Observation I (Inédite).

Adénite inguinale sans cause appréciable. Suppuration. Incision. Durée, 18 jours. Guérison.

Le Jan (Yves), 2e maître fourrier, 23 ans, se présente à la visite du matin, le 24 août 1883.

A vu, depuis 5 jours, se montrer à l'aine droite, et s'accroître chaque jour une tumeur rouge, molle, fluctuante, de la grosseur d'une noix ordinaire, occupant le milieu du pli de l'aine : douleur lancinante, s'irradiant dans l'aine et la cuisse.

Pas d'écoulement uréthral, pas d'ulcération ou d'excoriation ni à la verge, ni au scrotum, ni à l'anus. Pas de plaie ni d'éruption au membre inférieur correspondant.

Constitution affaiblie. A eu des accès de fièvre intermittente.

N'est pas allé à terre depuis le 15 juillet dernier. Actuellement, l'*Hamelin* se trouve en croisière sur les côtes du Tonkin.

Frissons, hier soir. Céphalalgie. Soif vive.

On incise la tumeur au bistouri. Issue de pus jaune, épais, fétide.

Lavage avec eau phéniquée à 20 pour 1,000. Pansement avec mèche et cataplasme fait avec l'eau phéniquée.

Sulfate de quinine 0 gr. 50. Limonade vineuse.

Soir. — Pas de fièvre. Le malade se sent soulagé, dort mieux.

25. — A la visite, la plaie n'a pas l'aspect qu'on aurait cru trouver. La suppuration est très abondante. Même pansement.

Sulfate de quinine, 0 gr. 50. Vin de quinquina, 100 grammes.

Potion tonique { Punch au tafia, 20 grammes. / Extrait de quinquina, 2 grammes. / Sirop simple, 30 grammes. / Vin rouge, 150 grammes.

26. — Un décollement se produit du côté interne de la plaie. On fait un lavage à l'alcool camphré mitigé de 3/4 d'eau.

Même prescription.

27. — Pas d'amélioration. Le décollement a gagné l'autre côté de la plaie; les bords sont minces, déchiquetés et taillés à pic : le fond est inégal, grisâtre et putride.

28. — Même état. Lavage et pansement à l'alcool camphré; on supprime la mèche.

29. — Le décollement semble vouloir ne pas progresser. Des bourgeons charnus se montrent. Les lèvres de la plaie sont moins atones. Même lavage et même pansement à l'acool camphré mitigé de 3/4 d'eau.

On supprime la quinine. On continue les toniques.

30. — Amélioration notable.

31. — La cicatrisation est en bonne voie.

1er septembre. — Cicatrisation du fond de la plaie dont les lèvres ne sont plus taillées à pic, mais au contraire couvertes de bourgeons charnus.

4. — La cicatrisation est complète.

6. — Sur sa demande, le malade guéri reprend son service.

Observation II (Inédite).

Adénite inguinale sans cause appréciable. Suppuration. Incision. Durée trente-quatre jours. Guérison.

Œser (Eugène), quartier-maître canonnier, 23 ans. Avoue avoir eu deux blennorrhagies dont la dernière remonterait à deux ans. Se présente à la visite le 24 août 1883. La veille, étant de corvée, a fait

partie d'une reconnaissance dans le village de la Cac-Bâ, repaire de pirates tonkinois. Se plaint d'avoir éprouvé de la fatigue. Céphalalgie. N'est pas allé autrement à terre depuis notre départ de Haïphong, le 16 juillet.

Pas d'écoulement uréthral, ni excoriations, ni ulcérations, ni éruptions, tant aux parties génitales et anales qu'au membre inférieur droit.

Est porteur, au milieu du pli de l'aine de ce côté, d'une tumeur du volume d'une noisette, molle, rouge, fluctuante. Elancement à ce niveau avec douleur, se propageant tout autour.

On fait coucher Œser, et on applique, *loco dolenti*, une bonne couche d'onguent mercuriel et un cataplasme.

La fièvre, qui avait paru la veille, se montre ce soir. Le malade dort mal.

On a prescrit, ce matin sulfate de quinine, 0 gr. 60. Limonade vineuse.

25. — La tumeur a augmenté. A cause de la fièvre et de la douleur, on incise l'abcès au bistouri. Evacuation du pus jaune et épais. Lavage à l'eau phéniquée. Pansement avec mèche et cataplasme.

Même prescription que la veille.

26. — La suppuration est abondante. Menaces de décollement. Les bords de la plaie n'ont plus la netteté de l'incision : le fond semble vouloir prendre une teinte grisâtre : on déterge par un lavage à l'alcool camphré mitigé de 3/4 d'eau.

27. — Le décollement progresse : les bords de la plaie sont encore plus déchiquetés.

28. — Pas d'amélioration. Le fond est franchement grisâtre. Régime tonique. Pansement à l'alcool camphré étendu d'eau.

30 août au 4 septembre. — Même état. Le 4 septembre, on supprime le sulfate de quinine parce que le malade se plaint de bourdonnements incommodants.

5 septembre. — Légère amélioration. Deux ou trois bourgeons charnus commencent à se montrer.

6 au 8. — L'amélioration continue.

9. — La suppuration est notablement diminuée. Les bourgeons charnus tapissent tout le fond de la plaie et ont remplacé la couche grisâtre.

11. — Les lèvres de la plaie bourgeonnent à leur tour. Le travail de cicatrisation du fond avance.

16. — Le fond de la plaie est cicatrisé.

19. — Les lèvres de la plaie sont réunies à leur partie supérieure et médiane : à la partie inférieure existe une petite fistule donnant lieu à un peu de suppuration.

21. — La fistule est cicatrisée.

26. — Le malade peut se lever et marcher.

27. — Il est mis exeat et reprend son service.

Observation III. (Inédite)

Adénité inguinale sans cause appréciable. Suppuration. Incision. Guérison. Durée 10 jours.

Cocagne (Eugène), gabier, 20 ans, n'est pas descendu à terre depuis le 9 ou 10 juillet, se présente à la visite le 8 septembre 1883, porteur d'une petite tumeur siégeant à l'aine gauche, de la grosseur d'une olive, molle, rouge, fluctuante : douleur lancinante et irradiée, s'est aperçu il y a 3 jours de la présence de cette adénite.

Les commémoratifs du malade ne révèlent rien. On n'observe sur lui aucune lésion pouvant donner lieu à la production de cette adénite.

Fièvre depuis 2 jours le soir. Céphalalgie.

On applique sur la tumeur, dans son grand axe, une ligne de caustique de Vienne. Quand l'escharre s'est produite on la fend avec le bistouri. Issue d'un pus jaunâtre, épais.

Pansement à l'alcool camphré étendu de 3/4 d'eau. Sulfate de quinine 0 gr. 50. Limonade vineuse. Potion tonique et vin de quinquina.

9. — Le lendemain, suppuration peu abondante. La plaie a bon aspect.

Même prescription.

10. — Les bourgeons charnus commencent à paraître.

Même prescription.

11. — La cicatrisation s'établit.

12. — On suspend le sulfate de quinine.

Le 15, le malade sort guéri et reprend son service.

Observation IV (Inédite)

Adénite inguinale sans cause appréciable. Suppuration. Incision. Guérison. Durée 40 joure.

Laugier (Marius,) distributeur, 27 ans.

A eu plusieurs fois des accès de fièvre intermittente. Un peu d'anémie.

Vient à la visite le 29 octobre 1883 pour une tumeur du volume d'une grosse noix, siégeant au milieu de l'aine droite, rouge, molle, fluctuante, occasionnant de la douleur qui se propage à toute la région et à la cuisse. A vu cette tumeur s'établir et s'augmenter progressivement, il y a 6 jours. Léger embarras gastrique. Rien à noter du côté des téguments soit des parties génitales soit, de la région anale soit du membre inférieur correspondant.

Fièvre depuis 4 ou 5 jours tous les soirs.

Pas de sommeil. Un peu d'embarras gastrique.

On applique la pâte de Vienne sur l'adénite et on fend l'escharre au bistouri. Ecoulement abondant de pus fétide, épais, bien lié et jaune Pansement à l'alcool camphré étendu d'eau.

Huile de ricin, 30 grammes. Le soir, sulfate de quinine 0 gr. 60.

30. — Le malade se sent mieux. Sommeil assez bon. Etat fabunal moins prononcé. Suppuration abondante. Lavage à l'alcool camphré étendu.

Sulfate de quinine 0 gr. 50. Limonade vineuse.

31. — Suppuration toujours abondante. La plaie ne présente pas l'aspect d'une allure rapide vers la cicatrisation. On craint du décollement.

Même prescription que la veille jointe à une potion tonique et du vin de quinquina.

1er novembre. — Les lèvres de la plaie perdent la netteté de leurs bords pour commencer à devenir déchiquetés. Le fond est modifié.

3. — Le décollement est établi. La teinte grisâtre a envahi tout le fond de la plaie.

5. — Pas d'amélioration. Le malade se plaignant de bourdonnements et d'une légère douleur au creux épigastrique on supprime la quinine mais on maintient les toniques.

7. — On change le pansement à l'alcool camphré pour employer l'onguent de styrax.

9. — La plaie s'améliore. La température plus clémente dont nous jouissons actuellement, car la chaleur ne se fait plus sentir et le thermomètre ne marque plus que + 15 ou 16 degrés centigrades, doit aider à cette amélioration rapide dont le styrax est aussi certainement un adjuvant.

10. — L'amélioration continue jusqu'au 15. A cette date, nous arrivons près de Saïgon, où nous avons reçu l'ordre de nous rendre pour réparations urgentes à faire à l'*Hamelin*.

Sous le coup de l'augmentation de chaleur, car ici nous avons 29 et 30 degrés centigrades, la cicatrisation se ralentit. Le lendemain de notre arrivée à Saïgon on transporte Laugier à l'hôpital où je pus le suivre pendant son traitement.

La plaie fut pansée avec l'iodoforme qui, malheureusement, n'est pas encore réglementaire à bord des navires de l'Etat.

La cicatrisation suivit alors son cours et le malade sortit guéri pour reprendre son service le 2 décembre.

Observation V (Inédite)

Adenité inguinale sans cause appréciable. Suppuration. Incision. Guérison. Durée 38 jours.

Tixère, Joseph, matelot canonnier, vingt-quatre ans, se présente à la visite le 5 mars 1884.

Accuse avoir senti, il y a 4 jours, une douleur dans l'aine gauche.

Présente comme dans les cas précédents, au niveau des ganglions moyens, une tumeur rouge, molle, fluctuante, avec douleur s'irradiant dans toute la région et la cuisse, du volume d'une grosse cerise.

Rien n'est révélé à l'examen porté sur les parties génitales et anales et sur le membre inférieur du même côté de la lésion.

Rien à noter dans les antécédents du malade.

On applique, comme précédemment, la pâte de Vienne et on fend l'escharre.

Les accidents que nous avons vu se dérouler devant nous, dans les observations précédentes, se présentent avec les mêmes symptômes qu'il serait superflu, je pense, de relater à nouveau.

Le traitement et la médication furent les mêmes que dans les cas cités plus haut.

Le 13 mars, nous arrivons à Haïphong et on transporte Tixère à l'hôpital, lequel, une semaine plus tard, encombré à la suite des opérations de guerre et du nombre toujours croissant des malades, dut offrir un milieu peu favorable à la guérison rapide de notre homme, qui ne la vit survenir qu'un mois après.

Je ne pus suivre ce malade, car, parti le 16 mars, l'*Hamelin* ne revint à Haïphong que deux mois après, et je ne pus recueillir l'observation.

A notre arrivée, il était guéri de son adénite, mais atteint de dysenterie épidémique, il ne sortit de l'hôpital que le 31 juillet.

Observation VI (Inédite).

Adénites inguinales sans cause appréciable. Suppuration. Incision Guérison. Durée quarante-six jours.

Le Mao (François), fusilier, 23 ans, vint à la visite le 20 juin 1884, présentant aux régions inguinales, deux tumeurs : toujours mêmes caractères, molles, rouges, fluctuantes, de la grosseur d'une olive, douloureuses, avec irradiation à la région et aux cuisses.

S'est aperçu de l'apparition de ces adénites, il y a trois jours. Si, dans l'équipage, un homme devait présenter ces accidents, certes, c'était bien Le Mao, et il était même étonnant qu'il n'en fût atteint que si tard.

Pendant 70 jours, répartis en 3 mois, cet homme a dû être exempt de service pour furonculose généralisée.

La dernière sortie de l'infirmerie (virtuelle, car nous n'en avions pas en réalité), datait de 15 jours.

Jamais terrain aussi favorable ne s'était trouvé pour la multiplication de furoncles multiples. Sur un organisme débilité comme celui de Le Mao, dans un milieu de culture aussi propice que cet organisme en déchet, l'adénité devait être double et présenter au summum tous les accidents de décollement et autres que nous avions observés chez les autres malades atteints de la même affection.

Le mode opératoire fut le même que pour les autres.

Le décollement se montra au troisième jour et ne fit que progresser jusqu'au 30 juin.

Une légère amélioration se montra alors, et l'état resta stationnaire jusqu'au 10 juillet. Je ne pus suivre le malade, car, à cette date, je quittais l'*Hamelin* et le Tonkin pour rentrer en France.

J'avais chargé mon regretté collègue et ami, M. l'aide-médecin Gaborit, qui me remplaçait à bord, de recueillir pour moi l'observation complète de cet homme. Mon malheureux camarade ne put me remettre, comme il était convenu entre nous, le résultat de ses observa-

tions, car, en arrivant en France, il succombait à la dysenterie qu'il avait contractée au Tonkin.

Je sais, seulement, d'après les registres de l'*Hamelin*, que Le Mao est sorti guéri le 31 juillet, et qu'il a pu reprendre son service.

C. — *ANATOMIE DE LA RÉGION DE L'AINE*

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter aux excellents ouvrages d'anatomie descriptive de Sappey et de MM. Beaunis et Bouchard et à l'anatomie topographique de M. Tillaux la description de la région de l'aine.

La région inguinale est limitée, en dehors, par une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure, au grand trochanter ; en bas par une ligne horizontale continuant le pli fessier sur la face antérieure de la cuisse, enfin, en haut par l'arcade crurale.

Nous considérerons dans cette région en procédant d'avant en arrière, les plans suivants qui concernent spécialement notre étude :

1° La peau ;

2° La couche graisseuse sous-cutanée ;

3° Le fascia superficialis ;

4° L'aponévrose fémorale (feuillet superficiel).

Peau. — La peau de l'aine présente une grande finesse ; elle est recouverte de poils vers la partie interne de la région. Ces poils recèlent, le plus souvent, et en plus grande abondance chez les sujets qui en sont porteurs, des *pediculi pubis* et leurs œufs : on dirait que ces hôtes incommodes ont

une prédilection particulière pour cette partie de la région, où comme signes de leur présence et traces de leur passage ils laissent de nombreuses taches ardoisées. La finesse de la peau et l'humidité presque constante de ce point sont peut-être la cause de l'habitat le plus ordinaire des *pediculi* en cet endroit.

Faut-il leur attribuer parfois, l'engorgement ganglionnaire comme le laisse supposer mon collègue et ami le Dr Lesquendieu (1). Il ne m'appartient pas de prononcer. Il est à croire cependant que la présence de *pediculi* peut occasionner une légère inflammation de la peau et consécutivement des vaisseaux lymphatiques sous-jacents, inflammation augmentée par les démangeaisons qu'occasionnent ces ennuyeux parasites

Très-adhérente par sa face profonde au niveau du pli de l'aine la peau est libre dans les autres points, très mobile et se détache aisément des tumeurs qu'elle recouvre. Elle contient, dans son épaisseur, un grand nombre de follicules sébacés secrétant une humeur qui s'accumule surtout chez les personnes grasses, et peut être le point de départ d'un intertrigo.

La peau de l'aine est rarement le siège d'ulcérations primitives; celles qu'on y observe proviennent d'affections développées en dehors d'elle.

La couche graisseuse sous-cutanée varie singulièrement d'épaisseur suivant les sujets et ne présente d'ailleurs rien de remarquable.

Fascia superficialis. — Ainsi qu'à l'abdomen le *fascia superficialis* est décomposable au niveau de l'aine en deux lamelles, l'une superficielle, l'autre profonde. La première

(1) Pontanézen, thèse de Bordeaux 1888.

se continue avec la lamelle correspondante de la paroi abdominale : la seconde se fixe solidement à l'arcade crurale : d'où la délimitation très nette par le pli de l'aine des tumeurs développées sous le feuillet profond, soit du côté de l'abdomen, soit du côté de la cuisse. On trouve, entre ces feuillets, une quantité plus ou moins abondante de graisse.

Ganglions lymphatiques de l'aine. — Entre les feuillets du *fascia superficialis*, on rencontre des artères, des veines, mais surtout un groupe de ganglions lymphatiques qui jouent, dit M. Tillaux, un rôle prépondérant dans la pathologie de l'aine et sur lesquels il est bon d'insister un peu.

Ce groupe de ganglions est divisé en deux groupes secondaires, ganglions inguinaux, superficiels ou sous-cutanés, et ganglions inguinaux profonds ou sous-aponévrotiques, suivant qu'ils siègent en avant ou en arrière du *fascia cribriformis*.

Les ganglions inguinaux superficiels ou sous-cutanés, sont groupés pour la plupart autour de l'embouchure de la veine saphène interne. Les plus élevés reposent sur le pli de l'aine dont ils suivent la direction, les plus inférieurs se trouvent situés à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'arcade crurale. La couche que forment ces ganglions a pour limites : en dehors une ligne verticale qui passerait sur l'épine iliaque antérieure et inférieure : en dedans une autre ligne parallèle à la précédente, passant sur la ligne pubienne. Cette couche est formée dans sa partie centrale de ganglions superposés, et sur sa périphérie de ganglions isolés et indépendants. Elle répond par une de ses faces au feuillet profond du *fascia superficialis* qui prend, dans cette région, les caractères d'une véritable lame fibreuse, et par l'autre au *fascia cribriformis* qu'elle déborde en dehors et en bas.

Le nombre des ganglions superficiels varierait, selon Mas-

cagni, de sept à treize. Mais il est, en général, beaucoup plus considérable et peut être évalué, en moyenne, à dix-huit ou vingt. Les inférieurs sont les plus volumineux ; les autres présentent les dimensions d'un pois ou d'une amande. Quelques-uns sont très minimes. Leur forme est celle d'un ellipsoïde aplati. Cependant on en rencontre aussi des sphéroïdes, des discoïdes et d'irréguliers.

Une division fort importante est applicable aux ganglions superficiels : les uns occupent la partie supérieure de la région, le pli de l'aine proprement dit, et sont appelés ganglions inguinaux : les autres, situés au-dessous des précédents, sont les ganglions cruraux.

Les ganglions profonds sont beaucoup moins nombreux que les précédents. Il en existe rarement plus de trois à quatre. Mascagni dit en avoir observé sept : mais ce nombre peut être considéré comme très exceptionnel. Ils occupent l'angle interne du canal crural. Par leur côté externe ces ganglions s'appliquent, par conséquent, à la veine fémorale. Le plus élevé est situé dans l'anneau crural entre cette veine et la base du ligament de Gimbernat.

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les ganglions profonds car nos observations ne s'y rapportent pas et ne relatent que des inflammations de ganglions superficiels.

Enfin, nous dirons encore que la région de l'aine est la seule de tout le corps possédant des ganglions sous-cutanés : partout ailleurs, d'après Sappey, ils seraient sous-aponévrotiques.

Lorsqu'on divise des ganglions lymphatiques, on remarque souvent que leur partie centrale offre une couleur brune, plus foncée que leur partie périphérique. Brucke, frappé de cette différence, avança, en 1853, qu'ils étaient formés de deux substances, et la plupart des anatomistes se sont rangés à

son avis. Il existerait donc pour chaque ganglion une substance centrale ou médullaire et une substance périphérique ou corticale offrant l'une et l'autre des attributions qui lui sont propres.

Cette distinction, d'après Sappey, n'est pas suffisamment justifiée. La différence de coloration, que présentent les parties corticale et centrale, est due en partie à l'inégale répartition du sang dans les vaisseaux superficiels et profonds et en partie aussi à une altération cadavérique commençante.

Dans l'état de parfaite intégrités les surfaces de section des ganglions présentent, en général, une couleur uniforme. Leur texture intime est identique pour tous les points de leur épaisseur. Ils comprennent dans leur composition :

1° Une charpente fibro-celluleuse constituée par une enveloppe et de nombreux prolongements qui s'étendent de celle-ci vers leur partie centrale ;

2. — Un parenchyme ou substance propre qui permet de ranger les ganglions au nombre des glandes vasculaires sanguines.

3. Des vaisseaux lymphatiques afférents et éfférents qui affectent les connexions les plus intimes avec cette substance et qui, réunis à celle-ci, composent essentiellement les ganglions.

4. — Enfin des vaisseaux sanguins et des filets nerveux provenant du grand sympathique.

Le grand axe des ganglions inguinaux est parallèle au pli de l'aine, tandis que celui des ganglions cruraux lui est parallèle, c'est-à-dire parallèle à celui de la cuisse.

Les vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux ganglions superficiels du pli de l'aine sont extrêmement nombreux. Ils convergent vers la région inguinale comme les rayons d'un

cercle vers son centre. A ce groupe de vaisseaux appartiennent :

1. — Les lymphatiques superficiels de la région fessière.

2. — Les lymphatiques superficiels de la moitié sous-ombilicale des parois de l'abdomen ;

3. — Les lymphatiques superficiels des organes génitaux externes de l'homme ;

4. — Les lymphatiques des organes génitaux externes de la femme :

5. — Les lymphatiques superficiels du périnée.

Enfin, pour terminer cette description anatomique considérons le plancher des ganglions qui nous intéressent dans cette étude. Il est formé par le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale ou fascia lata. Ce feuillet superficiel passe au devant des vaisseaux fémoraux et se prolonge jusque sur le muscle moyen adducteur qui forme la limite interne de la région. En haut, il se fixe sur l'arcade fémorale ou, ce qui est plus exact, il se confond, en ce point, avec l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis pour constituer l'arcade. Il est traversé par les vaisseaux lymphatiques qui se rendent des ganglions superficiels aux ganglions profonds : il a reçu d'Hesselbach dans le point où il est traversé par les vaisseaux le nom de fascia cubriformis, lequel n'est ainsi lui-même qu'une portion limitée du feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Si j'eusse eu un micros ope dont on m'aurait, au préalable, dans les Ecoles de médecine navale appris à me servir, j'aurais peut-être pu produire une anatomie pathologique conforme à celles des traités classiques.

Je me contenterai de rapporter ce que l'examen macroscopique pouvait me révéler.

Dans les cas qu'il me fut donné d'observer, l'adénite fut simple, excepté une fois où elle parut des deux côtés en même temps.

Un seul ganglion était pris : il appartenait aux ganglions inguinaux superficiels, et c'était toujours un du milieu du groupe.

L'inflammation était franche, à marche rapide.

Le volume du ganglion affecté a varié de la grosseur d'une noisette à une noix.

Le pus qu'on évacuait du ganglion abcédé était phlegmoneux, jaunâtre, fétide.

La peau de l'abcès se décollait facilement. C'était la règle, car une seule fois il ne se produisit pas de décollement.

Les parties environnantes ne changeaient pas d'aspect, sauf le scrotum dont les vaisseaux paraissaient variqueux.

L'anus et la verge ne portaient aucune lésion appréciable aux investigations les plus minutieuses.

Les veines paraissaient intactes : pas de phlébite ni de périphlébite.

La cicatrisation s'est généralement faite très lentement.

Il n'y a pas eu de poussée consécutive, ni de récidive.

CHAPITRE III

Symptomatologie — Marche — Durée Terminaison.

Le gonflement et la douleur sont les deux signes qui attirent les premiers l'attention. Le ganglion gonfle rapidement ; l'inflammation envahit bientôt le tissu conjonctif voisin. J'ai dit que c'était un ganglion médian qui se prenait habituellement. Ce ganglion n'a pas de mobilité sous le doigt : il fait corps avec les parties voisines. La peau rougit d'abord, puis perd sa couleur ; elle prend une teinte violacée ; elle est tendue, luisante, empâtée par un commencement d'œdème.

La douleur est spontanée, contusive et pongitive ; elle s'irradie dans la région ; tous les signes d'un flegmon superposé à l'adénite se montrent successivement. Alors, au point culminant de la tuméfaction on perçoit une sensation de ramollissement et de fluctuation assez nette pour faire croire à la présence du pus. Des auteurs se sont demandés si la fluctuation, en pareil cas, était due à un commencement de suppuration ou à une exsudation séro-plastique qui précède la suppuration sans la rendre inévitable. Ils adoptent la dernière façon de voir, considérant que si le pus des abcès froids est susceptible de résorption, on ne peut guère attribuer la même propriété au pus phlegmoneux.

L'état général subit le contre-coup des accidents locaux.

Un léger frisson peut se faire sentir au début. La fièvre, la céphalalgie, l'inappétence sont en proportion avec l'acuité de l'anédite.

L'évolution est donc assez rapide. La suppuration est certaine, inévitable. Elle se fait presque insidieusement : le volume de l'abcès est peu augmenté, les douleurs lancinantes sont peu exagérées. Quelques petits frissonset un état fébrile à exacerbation vespérale se montrent au moment où se manifeste la fluctuation.

La suppuration, si elle restait localisée dans le ganglion, serait difficile à reconnaître à travers une couche de tissu cellulaire empâté qui fuit devant les doigts et permet à peine de sentir la fluctuation. Mais, le plus souvent, elle se montre en même temps dans le ganglion et dans le tissu cellulaire.

La suppuration arrive très rapidement et est inévitable comne dans les formes très aiguës. L'intervention du chirurgien est donc nécessaire.

Dans un seul cas nous avons eu une cicatrisation active. Il est vrai qu'il faut tenir compte de la constitution des malades. Le décollement des téguments s'est montré dans les autres cas malgré une prompte intervention. Que serait-ce si on laissait la maladie suivre son cours normal?

La durée de ces adénites inguinales est, d'après mes observations, de 10 à 50 jours. Les cas observés à La Réunion et à Madagascar par mon collègue le docteur Preux étaient plus graves et le retour *ad integrum* demandait au moins trois mois.

La terminaison, je l'ai dit, est la suppuration; du moins il ne m'a pas été donné d'en voir ou même d'en recueillir une autre.

Peut-être si la maladie était abandonnée à sa marche naturelle, remarquerait-on comme dans les autres adénites

aiguës les conséquences fâcheuses de la suppuration, amincissement et décollement des téguments, propagation de l'inflammation à tout le paquet des ganglions avec leur fonte totale plus tard, formation de clapiers multiples, de fistules, de fongosités, etc., etc.

La terminaison par résolution doit être écartée.

Enfin la gangrène pourrait peut-être s'établir, mais je ne l'ai jamais observée.

CHAPITRE IV.

Etiologie et diagnostic.

Le nombre infini de ganglions qui existent, dit Velpeau, et le rôle essentiel qu'ils jouent dans l'économie montrent tout d'abord que l'adénite doit être extrêmement fréquente.

Existe-t-il une adénite spontanée, se demandent MM. Le Dentu et Longuet?

Dans le sens rigoureux du mot, non. Mais ne se peut-il pas que, chez un sujet placé dans des conditions très défavorables comme hygiène, sous un climat débilitant, soumis à une certaine fatigue, exposé au paludisme, ne se peut-il pas, dis-je, que ce sujet voit survenir une adénite inguinale sans trace apparente de lésion quelconque, si petite qu'elle soit? Qu'on l'appelle idiopathique, spontanée, d'emblée, on voudra désigner qu'il n'y a pas là de cause appréciable et que l'adénite est bien la lésion principale.

On sait et on voit tous les jours avec quelle facilité le système lymphatique subit le premier le retentissement de toutes les causes nosologiques. La moindre débilité chez un sujet prédisposé amène l'inflammation de ce système. Il est évident que la prédisposition est une chose capitale : tel sera pris par une affection qui résistera à une autre peut-être plus violente. Les progrès de la science en nous faisant découvrir les infiniment petits, causes de la plupart des

affections qui se dérobaient comme dans un brouillard à nos investigations nous permettent de considérer chaque organisme comme un bouillon de culture plus ou moins bien préparé, où peut s'installer et croître l'agent infectieux, ou bien, au contraire, où les conditions d'existence et de répullulation lui sont impossibles.

La localisation d'un lésion est donc toujours secondaire; spontanée, idiopathique, d'emblée ne sont alors que des qualificatifs qui servent à mettre plus d'ordre dans les idées.

Mais comment appeler l'affection que j'ai observée et avec moi beaucoup de mes collègues de la marine? Certes, on arrive mal après des autorités reconnues comme Velpeau, par exemple, qui a mis tous ses efforts à faire passer dans la pratique cette notion que l'adénite, sauf les cas de traumatisme est toujours secondaire, ajoutant que si, dans certains cas, il est impossible de trouver la lésion initiale, c'est qu'elle aurait déjà disparu ou qu'on la chercherait mal.

MM. le Dentu et Longuet trouvent cette assertion un peu trop rigoureuse, et tout en reconnaissant qu'elle est le plus souvent exacte ils pensent avoir observé des faits assez nets pour jeter tout au moins le doute dans leur esprit. Plusieurs fois, il leur est arrivé de chercher en vain chez certains malades atteints d'adénite une lésion quelconque quelque petite qu'elle fut, qui put être reconnue comme le point de départ de la maladie. Bien souvent, d'ailleurs, la lésion, quand elle existe est tout-à-fait insignifiante, si bien qu'on est en droit de contester son influence ou du moins de l'amoindrir beaucoup lorsque l'adénite se développe chez un sujet manifestement prédisposé. Ces éminents auteurs croient cependant à l'adénite spontanée ou du moins ils admettent, jusqu'à nouvel ordre, que toutes les adénites ne rattachent pas à une lésion primitive, manis ils pensent aussi qu'un bon nombre d'adénites relèvent de la scrofule et que parmi celles-là, le plus grand

nombre succède à une cause occasionnelle, souvent insignifiante et que quelques-unes peuvent se montrer d'emblée.

Ce serait là une sorte de pendant à ce qui se passe chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle : chez eux, l'engorgement ganglionnaire spécifique, l'adénite syphilitique est loin d'être toujours en rapport avec des accidents locaux. Mais ce sont des considérations qui s'appliquent aux adénites chroniques.

L'adénite inguinale que j'ai vue, présentait tous les symptômes de l'adénite aiguë sans lymphangite préalable.

Dans la scarlatine, la peste, la morve, le farcin, la variole, dit M. Reclus les ganglions peuvent s'engorger et suppurer sans qu'on trouve dans le territoire de leurs lymphatiques une lésion appréciable de la peau.

Dans les causes prédisposantes générales nous avons le climat avec un air chaud et humide. Or, mes observation sont été faites au Tonkin qui réunit bien les deux conditions de climat chaud et humide, du moins pendant 7 mois de l'année. On sait l'action débilitante qu'exercent ces climats. Ajoutons l'état marécageux du littoral et du Delta.

En étudiant les causes prédisposantes individuelles nous rencontrons des sujets jeunes, par conséquent, ayant des ganglions aux maximum de leur activité, dans les meilleures conditions pour s'enflammer, possèdant une peau fine et douce, des chairs molles, en un mot ce qui constitue le tempérament lympatique.

Mon collègue le Dr Preux qui a bien voulu me communiquer le résultat de ses observations à étudié à la Réunion et à Madagascar l'adénite inguinale survenant sans cause appréciable surtout chez les volontaires de la Réunion, tous créoles, et par conséquent possédant au maximum le tempérament lympatique.

Mon excellent camarade le Dr Carmouze a fait aussi les mêmes observations.

Enfin, MM. les Drs Brédiam et Gazeau, médecins de 1re classe de la marine ont également observés de nombreux cas de cette adénite inguinale dans les mêmes pays et chez ces mêmes volontaires de la Réunion ; on sait qu'il existe dans cette colonie une forme de lymphadénite généralisée à marche rapide et très souvent mortelle.

La profession de marin n'est pas précisément douce : bien au contraire, c'est un rude métier, d'autant plus rude qu'il est fait sous un climat fatigant. Il faut noter aussi les conditions dans lesquelles nous nous nous trouvions, fatigues incessantes, croisières continuelles.

L'alimentation était forcément défectueuse. La viande, pour laquelle d'ailleurs on a du dégoût dans les pays chauds, laissait à désirer quant à la qualité. L'ordinaire du marin est peu varié : pour pouvoir s'y conformer il ne faut pas qu'il vienne s'ajouter de l'inappétence. Bien heureux encore quand on pouvait avoir de la viande fraîche. Un tel régime n'est guère fait pour donner des forces.

Les vêtements peuvent entrer aussi bien pour une part notable dans l'étiologie de l'adénite. On sait l'attention qu'ont portée les médecins militaires sur l'adénite cervicale causée par les cols rigides et élevés, et l'adénite axillaire produite par les bretelles du sac. J'ai remarqué, dans les pays chauds, que les vaisseaux du scrtoum étaient le plus souvent dilatés et presque variqueux.

Le scrotum, dit M. Bouchard, dans son *anatomie descriptive* est peut-être la partie de l'enveloppe cutanée qui émet le plus de lymphatiques lesquels se rendent aux ganglions inguinaux superficiels. Ces vaisseaux lymphatiques doivent être comme les veines, dilatés et presque variqueux : leur

fonction est donc suractivée. Quoi d'étonnant à ce qu'il y ait de l'inflammation consécutive et que cette inflammation se localise et se fixe aux ganglions?

Notons aussi l'exagération des fonctions de la peau et des follicules sébacés à la partie interne du pli de l'aine, ainsi que l'absence totale de contention du scrotum qui, au lieu d'être maintenu et soulevé comme on en a l'habitude par la simple coupe du pantalon de drap qu'on porte d'ordinaire, est au contraire lâche et pendant dans les vètements amples et légers qu'on porte dans les pays chauds. Qui n'a pas vu se produire ce fait banal d'un porteur de varicocèle qui, abandonnant le suspensoir, a senti se produire de l'engorgement ganglionnaire disparaissant avec le maintien et le relèvement des bourses?

Dans cet ordre d'idées faut-il aussi incriminer le frottement continuel de la face externe du côté droit du scrotum dans la production de l'adénite, qui dans une observation s'est montré à droite une fois de plus que du côté gauche? L'irritation des vaisseaux lymphatiques se propagerait dans ce cas au ganglion pour s'y localiser, tandis que du côté gauche le scrotum appliqué contre la cuisse ne subit pas de froissements.

C'est ainsi, probablement, que peuvent agir les fatigues, la marche, la danse, l'escrime. Dans mon observation II la marche a été pour beaucoup comme cause prédisposante peut-être même occasionnelle de l'adénite inguinale.

Dans deux observations du Dr Preux l'adénite est survenue 1° chez un médecin de 1re classe de la marine, aujourd'hui démissionnaire, le Dr D.., à la suite de séances répétées d'escrime; 2° chez un capitaine d'artillerie de marine à la suite d'une marche forcée en pays de montagne.

Ces exercices du corps irritent peut-être directement le ganglion par un traumatisme continu, le froissement, fort

possible à cause de la position superficielle de l'organe et de la facilité de son accès. Nous avons vu, en effet en anatomie que les ganglions inguinaux sont les seuls du corps humain qui soient sous-cutanés.

Enfin, on a accusé les rapprochements sexuels qui peuvent irriter la muqueuse de l'urèthre et du gland ; mais, au contraire j'éloigne cette cause. On ne peut songer dans mes observations au bubon vénérien, au fameux bubon d'emblée qui a passionné bien des esprits, dit M. Reclus. Cette question est en général résolue par la négative, et malgré les observations publiées par Gamberini et Daniel Mollière on rejette le bubon d'emblée : la rapide évolution du chancre guéri sans cicatrice explique, continue M. Reclus, dans certain cas l'absence apparente de porte d'entrée du virus. Mais nos hommes ne descendaient pas à terre au moment où se produisirent les faits que je rapporte et s'ils y étaient descendus ce n'est pas sur les rocs dénudés et inhabités de la baie d'Along, ou sur les plages désertes où nous nous arrêtions, en faisant l'hydrographie du pays qu'ils auraient pu satisfaire leurs désirs. Auraient-ils même eu des rapports sexuels qu'on ne pourrait songer à croire au bubon vénérien, puisque les adénites se produisirent trop longtemps après la dernière descente à terre.

Je ne veux pas envisager des vices solitaires ou autres. Pour ces derniers, la surveillance était rigoureusement établie et jamais un cas de cette nature ne fut même suspecté dans l'équipage.

Toutes ces causes prédisposantes peuvent être aussi bien considérées comme causes déterminantes.

Quant aux causes spécifiques, je n'en connais pas.

L'affection que j'ai observée était bien une adénite aiguë dont elle avait tous les caractères. Siégeant dans le pli de l'aine,

limitée à un ganglion superficiel, à peu près au centre du groupe, le ganglion tuméfié s'abcédait avec tous les symptômes habituels de cas très-aigus.

Le diagnostic est simple, et la constatation facile quand on voit le malade au début.

La détermination de la cause est du plus grand intérêt et exige de la part du chirurgien un examen très-minutieux.

Les parties génitales seront examinées avec soin. On cherchera s'il existe un écoulement, même un léger suintement uréthral ; si des excoriations, des chancres, des ulcérations de condylomes ou autres n'intéressent pas le pénis, le gland et surtout le sillon balano-préputial ; le méat urinaire sera l'objet d'une attention sérieuse. Le scrotum, l'anus seront inspectés avec soin. On se rappellera que l'adénite symptomatique siège généralement du côté où se trouve la lésion correspondante. On verra s'il n'existe pas de lymphangite, provoquée soit par une piqûre, une excoriation, une éruption, un traumatisme quelconque, comme la fatigue des bourses séreuses, par exemple : l'absence de solution de continuité de la peau ne prouve pas qu'il n'y ait pas de lésion. Cette dernière est peut-être passée inaperçue du malade : le praticien doit faire en sorte de la découvrir si elle existe.

L'affection localisée à un ganglion inguinal fera écarter l'idée de plaie du membre inférieur, dans quel cas ce serait un ganglion crural qui serait pris.

On cherchera s'il existe des phlegmons de la région abdominale, des fosses iliaques, s'il y a de la diarrhée, de la dysenterie, des fistules anales.

L'adénite est fréquente dans les maladies aiguës, les fièvres éruptives, les maladies infectieuses. Le malade a-t-il la scarlatine, la variole, la peste, la morve, le farcin ?

J'ai parlé du diagnostic étiologique du bubon d'emblée : je n'y reviendrai pas.

Quant à l'adénite chronique elle se distingue de l'adénite aiguë 1° par ses causes ; 2° par ses symptômes : dans celle-là il n'y a pas la douleur qui existe dans celle-ci : elle y est, en effet, à peu près nulle ; 3° par sa marche qui est beaucoup plus lente dans la première que dans la seconde ; la suppuration se montre bien plus tardivement dans l'adénite chronique, et le pus y est même d'un bon diagnostic. Jaune, phlegmoneux, bien lié dans l'adénite aiguë, il est crêmeux, en grumeaux, dans l'adénite chronique.

Enfin, une pointe de hernie crurale pourrait peut-être détourner de la vraie voie, mais avec un examen attentif on reconnaîtra vite la vérité. La pointe de hernie n'a pas le même siège que le ganglion affecté ; elle se fait à travers le fascia cribriformis : la peau ne change pas de couleur, la base de la tumeur est immobile, la toux et la station verticale augmentent son volume, la réductibilité a lieu ordinairement, la sonorité existe parfois. Puis ce sont les symptômes généraux qui guident encore, coliques, troubles digestifs, symptômes accrus dans le cas de hernie étranglée, auquel cas vient se joindre tout le cortège ordinaire des signes de l'occlusion intestinale. Si ces derniers symptômes font défaut on pourra avoir à faire à l'étranglement d'un ganglion, au pseudo-étranglement.

CHAPITRE V

Pronostic

Sérieux d'ordinaire dans l'adénite aiguë des auteurs, il peut être considéré comme également sérieux dans l'adénite inguinale d'emblée.

Les matelots voient fréquemment survenir dans l'aine, de l'engagement ganglionaire, des glandes comme ils disent, et ils ne se présentent à la visite que lorsque la suppuration s'établit et devient inévitable. Qu'on y joigne le décollement des téguments, la formation de fongosités rebelles et de fistules, on aura une affection souvent fâcheuse par les entraves qu'elle apporte aux occupations des malades qui forcés de rester couchés ou étendus immobiles voient l'anémie venir rapidement dans les pays chauds par suite de leur inaction.

Si la constitution de ces malades n'est pas déjà robuste la gravité de la maladie augmente, mais en somme le pronostic n'est pas facheux comme dans la lymphadénite de la Réunion à marche rapide et à terminaison très souvent mortelle.

CHAPITRE VI

Traitement

Une seule fois, nous voulûmes essayer les antiphlogistiques aidés du repos absolu, et nous ne réussîmes pas.

Si le malade venait tout au début de l'affection, il est probable que les moyens abortifs ordinaires, antiphlogistiques (émissions sanguines et émollients), résolutifs de diverses sortes, bains généraux, sangsues, larges onctions mercurielles et iodurées, pourraient rendre de grands services.

Le repos absolu sera la base du traitement. La diète autant que possible sera évitée. Le léger embarras gastrique que j'ai noté dans la symptomatologie est d'ailleurs un guide sûr pour cette question. On pourra dans ce cas donner un purgatif huileux ou salin, 30 grammes d'huile de ricin ou de sulfate de soude, ou encore comme laxatif la rhubarbe à la dose de 1 gramme seule ou associée à de la magnésie calcinée, laquelle peut aussi se donner seule à la dose de 20 grammes.

Je cite ces médicaments parce qu'ils existent réglementairement à bord des navires de l'Etat.

Pourrait essayer les vésicatoires volants qu'on a préconisés pour la résolution de l'adénite ou la provocation à la suppuration. Cette pratique est d'ordinaire peu suivie.

Comme moyens résolutifs on a encore recommandé les ponctions et les incisious.

Lorsque la présence du pus n'est plus douteuse on a à choisir entre les divers procédés recommandés jusqu'ici dans le traitement de l'adénite. On pourrait employer un séton filiforme qu'on passerait à travers la tumeur, mais le drainage doit être rejeté. Les ponctions étroites et multiples de Velpeau, la ponction unique suivie de pression énergique de Broca peuvent encore trouver leur application, mais cette dernière est considérée comme trop douloureuse et trop infidèle.

La règle est de donner issue au pus le plus promptement possible, dès qu'on est autorisé à en affirmer la présence, même en petite quantité. Il ne faut négliger aucune précaution d'asepsie pour cette petite opération.

La peau étant préalablement lavée avec un liquide antiseptique dans lequel on aura mis à tremper également les instruments qui vont servir (on peut encore flamber à la lampe à alcool ces derniers),on pratique à l'aide d'un bistouri droit, coupant bien une incision qui intéressera toute la tumeur et ira jusqu'au fond du foyer de l'abcès. On n'a guère à craindre d'hémorrhagie et on évite facilement les vaisseaux sous-cutanés abdominaux si l'adénite s'est produite à leur proximité.

On peut ainsi éviter les fusées purulentes dans le tissu cellulaire, le décollement, l'amincissement et la mortification de la peau qui donne lieu ensuite à des cicatrices difformes, étendues et irréparables. S'il existe plusieurs foyers, les incisions doivent être multiples. Si le malade est craintif, on peut faire au préalable une anesthésie localisée avec le pulvérisateur ce Richardson.

Suivant les conseils de Malgaigne, lorsqu'on divise la peau du pli de l'aine, il est préférable d'inciser perpendiculairement et non parallèlement à ce pli. A la suite de l'incision parallèle, les bords de la plaie se tiennent rapprochés et ont

même tendance à se recroqueviller en dedans. Après l'incision perpendiculaire, au contraire, les bords s'écartent de telle sorte que l'on peut se contenter d'une simple ponction ce qui diminue de beaucoup l'étendue de la cicatrice. Une fois l'abcès ouvert, le pus vidé, il est bon de faire un lavage antiseptique pour déterger le fond de la plaie.

De quel liquide antiseptique ferons-nous choix ?

Je dois avouer que j'ai une antipathie marquée pour les solutions d'acide phénique soit à 20, soit à 50 pour 1.000. Suivant Gubler, d'ailleurs qui recommande expressément les solutions faibles, le pansement des plaies par l'acide phénique préconisé par Wolf (d'Aberdeen) et surtout par Lister qui a attaché son nom à une méthode de pansement par l'acide phénique (pansement de Lister) il ne paraît pas être supérieur au pansement par l'alcool pur ou associé au camphre, ni au traitement par les essences et les teintures alcooliques. Cette opinion est appuyée par J. G. Simpson, Pajot et J. Morton.

Les applications de l'acide phénique à l'usage externe demandent à être faites avec une certaine réserve. On a vu des accidents graves et même mortels survenir à la suite de lotions faites sur toute la surface du corps avec des solutions d'acide phénique pur ou très conceutré (Z indel).

Ajoutons enfin avec Er. Labbée et Gubler que l'acide phénique est absolument impuissant sous quelque forme qu'on l'emploie à l'usage externe contre la fièvre puerpérale et la fièvre purulente.

L'acide phénique n'a même pas pour lui la modicité de son prix, car le bichlorure et le biiodure de mercure sont à des taux moins élevés.

L'acide phénique vaut actuellement de 4 a 6 fr. le kilogramme. Le bichlorure vaut 7 fr. et le biiodure 45 fr. le kilo.

Ce qui fait qu'un litre de solution phéniquée à 25 grammes

renferme en moyenne pour 0 fr. 15 d'acide phénique, tandis qu'un litre de solution hydargyrique contient 0 fr. 007 de bichlorure (1 gramme) et 0 fr. 0225 de biiodure (0gr 50.)

Le Bichlorure de mercure ou sublimé corrosif jouit de propriétés antiputrides extrêmement énergiques : d'après Nothnagel et Rossbach, il suffit d'une solution très étendue, 1 pour 20000 pour tuer les organismes inférieurs, les bactéries : il est 20 fois plus énergique que la créosote et l'acide benzoïque, 30 fois plus que l'acide salicylique et l'eucalyptol, 100 fois plus que l'acide phénique et la quinine. En solution très diluée, il ne détermine pas d'irritation locale, il n'est pas absorbé par la peau intacte, mais par les endroits de la peau privés de leur épiderme et les muqueuses extérieures, et, dit Rossbach, il donne lieu consécutivement aux phénomènes généraux que provoque le mercure.

Le biiodure est plus irritant et doit par conséquent être employé à doses plus faibles.

M. le Dr Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon, membre correspondant de l'Académie de Médecine, dans une très intéressante note sur le pansement des plaies (archives de médecine navale, tome XLVI, page 222) préconise avec preuves à l'appui les solutions hydrargyriques comme antiseptiques par excellence. Il emploie de préférence la solution de biiodure à 0gr 50 pour un litre d'eau : pour la solution de bichlorure il fixe la dose à 2 grammes par litre, c'est-à-dire une sorte de liqueur de Van Swieten, à double dose.

On pourrait craindre que l'hydrargyrisme ne se montrât à la suite de l'emploi de ces substances. M. Bérenger-Féraud, dans le cours de sa pratique longue et remplie, n'a jamais vu survenir le moindre vestige, la plus petite menace d'intoxication. A Lorient, j'ai vu employer et j'ai moi-même employé

la solution de bichlorure de mercure à 1 gr. pour un litre et j'ai toujours remarqué la marche favorable imprimée aux plaies.

L'acide borique en solution de 20 à 50 grammes pour un litre d'eau, l'acide salicylique à la dose de 20 gr. pour un litre d'ean donnent aussi de bons liquides antiputrides.

Enfin, le plus anciennement connu, celui qui remonte à la plus haute antiquité, qui a servi dans le pansement des plaies à Homère et à Hippocrate, puis au moyen-âge à Ambroise Paré, Guy de Chauliac, J. L. Petit, etc., qui enfin a été remis en honneur et placé dans la pratique chirurgicale par Nélaton, Barns, Chédevergne, etc., c'est l'alcool soit pur ou étendu d'eau, soit associé au camphre, soit sous forme d'alcoolats.

A bord de nos navires la quantité réglementaire d'alcool camphré est suffisante pour les cas à prévoir. De plus, le camphre qu'on a encore en réserve et qu'on peut faire dissoudre dans du tafia fourni par la cambuse, suffirait à assurer les besoins, si la provision d'alcoolé venait à manquer.

A bord, on pourrait donc recourir facilement à cet alcoolé pour les pansements et les lavages antiseptiques dans une large mesure, et on n'aura qu'à s'en louer comme nous l'éprouvâmes dans le traitement des adénites inguinales. Il est vrai que le prix de revient est supérieur à celui du bichlorure de mercure, mais il faut dire aussi que la provision de ce dernier sel est très restreinte et qu'elle doit être réservée pour les affections syphilitiques, surtout quand on est loin d'un port de ravitaillement. Lorsque l'abcès aura été bien lavé par l'alcool camphré qu'on étendra d'eau tiède, on pourra placer une mèche enduite de vaseline boriquée pour prévenir l'accolement des deux bords de la plaie et « ne pas « enfermer le loup dans la bergerie. »

Faut-il mettre des émollients sur la plaie faite par l'inci-

sion? Ils ne nous donnèrent pas de bons résultats. Les cataplasmes sont généralement proscrits aujourd'hui du pansement des plaies. Ce sont des réceptacles à microbes, des milieux de culture essentiellement favorables, surtout quand on n'a souvent que de la mie de pain pour faire l'épithème, Si on veut employer des émollients, comme les cataplasmes agissent surtout par leur chaleur et leur humidité, on pourra mettre deux ou trois compresses en double, imbibées d'eau bouillie ou médicamenteuse, maintenue à 40° environ. Nous nous trouvâmes très bien, dans le traitement des adénites, de compresses imbibées d'une solution semblable à celle qui nous avait servi à faire les lavages. Une couche de ouate ordinaire, recouverte d'une mince feuille de gutta-percha laminée, ou de toile imperméable et fixée par quelques tours de bande ou une écharpe terminait le pansement qu'on renouvelait le soir.

Cette façon bien simple de procéder est, comme le fait encore remarquer *loco citato* M. Bérenger-Féraud, d'une facilité, d'une économie remarquables : il n'y a qu'à comparer le prix de la ouate ordinaire et de la gutta-percha laminée à celui du protective, du makintosh, de la gaze phéniquée, etc., pour voir que l'avantage n'est pas à ces dernières substances.

Malgré toutes ces précautions, nous eûmes des décollements et des commencements de phagédénisme. C'est là que l'iodoforme nous eut été utile. Malheureusement, cette précieuse substance n'est pas encore rendue règlementaire à bord des bâtiments de l'Etat.

Pour les décollements, on pourra avoir recours aux débridements, au drainage, et même à l'excision de la peau amincie et privée de vitalité. C'est la seule manière d'obtenir la cicatrisation chez bon nombre de sujets débilités par la maladie et incapables de lutter par les seules forces d'un orga-

nisme vivace contre les mauvaises conditions matérielles d'un foyer de suppuration. Le styrax nous rendit de bons offices en modifiant la plaie.

Pour tâcher d'éviter le décollement, nous eûmes recours à la méthode de Récamier. Nous cherchâmes à provoquer une adhérence parfaite au moyen d'une ligne de caustique de Vienne, puis une fois l'adhérence établie on fendait l'escharre.

On pourrait peut-être employer la galvano-puncture, les sétons multiples.

Enfin il serait bon, je crois, d'ouvrir une issue au pus par le couteau galvanique ou le thermo-cautère de Paquelin. Mais ces instruments ne se trouvent ni l'un ni l'autre dans la caisse de chirurgie réglementaire. On pourrait peut-être essayer d'évacuer le pus au moyen de l'aspirateur de Potain ou de Dieulafoy.

On ne devra pas négliger l'état général du malade. J'ai dit un mot de l'alimentation au début, quand il y a de l'embarras gastrisque. Sitôt que l'appétit revient on pourra donner au malade une nourriture saine et fortifiante.

Une potion tonique ainsi composée :

Potion	Rhum ou punch au rhum	20	grammes.
	Extrait de quinquina.....	2	id.
	Sirop simple.	30	id.
	Vin rouge.....	150	id.

pourra lui être prescrite ainsi que du vin de quinquina à la dose de 100 grammes par jour, qu'il prendra toujours pendant le repas principal.

Des doses de 50 centigram. jusqu'à 1 gramme de sulfate de quinine seront données pendant une huitaine de jours, à midi au moment du repas. Ces doses combattront les fris-

sons, le paludisme et phagédénisme tout à la fois.

Si le malade est altéré, la limonade vineuse est ce qu'il y a de préférable.

Chez nn impaludé, on aura recours à l'arséniate de soude, seul arsénical existant à bord.

Enfin on veillera à la parfaite aération et à la désinfection de l'endroit où sera placé le malade. Malheureusement sur l'*Hamelin*, nous n'avions même pas d'infirmerie. Les malades placés dans des cadres crochés autant que possible près des étroits hublots ouverts au mouillage mais fermés à la mer, étaient dans le faux pont, dans le poste de l'équipage. La nuit venue, les hommes crochaient leur hamac, et malades et valides se trouvaient côte à côte dans cet espace restreint. Quand l'état des malades et l'absence de manœuvres le permettaient, on faisait monter dans leur cadre les malades sur le pont et là, ils pouvaient à leur aise humer l'air chargé des senteurs marines.

CONCLUSIONS

De ce qui précède je tirerai les conclusions suivantes :

I. — L'adénite du pli de l'aine peut survenir dans les pays chauds, sur les marins, particulièrement sur des hommes anémiés, et cela, sans que l'on constate de circonstance étiologique locale qui motive nettement ce phénomène pathologique.

II. — L'absence des lésions qui déterminent habituellement l'apparition des adénites, permet de lui donner la dénomination d'adénite inguinale d'emblée.

III. — En général, ces adénites spéciales aboutissent rapidement à la suppuration et doivent être incisées de bonne heure.

IV. — Une complication fréquente est l'adynamie de la plaie et le phagédénisme avec le décollement des bords du foyer.

V. — Le traitement local doit être basé sur l'antisepsie le plus rigoureuse.

VI. — En outre du traitement local, il y a lieu de ne pas négliger le traitement général destiné à combattre l'anémie si elle existe, et à stimuler l'organisme.

Vu : bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

J. MORACHE.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 juillet 1888.

Le Recteur,

L. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imp. BONNARD, 91, rue Porte-Dijeaux.